

DOĞUM ÖNCESİ BAKIM ALMADA TÜRKİYE'DEKİ SORUNLAR VE ÇÖZÜMLERİ

Prof. Dr. Sebahat Atar Gürel

Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, Bolu, Türkiye
sebkul@yahoo.com

Doğum öncesi bakım (DÖB), gebenin belirli aralıklar ile bir sağlık görevlisi tarafından izlenmesidir. Bu takipler esnasında gebe, gebelik, doğum, doğum sonu dönem, aile planlaması yöntemlerinin kullanımı gibi konularda eğitilir, muayene edilerek gerekli tetkikleri yapılır, yüksek riskli gebeler belirlenerek bu risk etkenlerine göre uygun takibi sağlanır, uygun doğum yeri ve şekli konusunda aileye bilgi verilir. DÖB'in amacı gebelik, doğum ve doğum sonu dönemlerini sorunsuz geçirterek anne ve bebeğin sağlığını en üst düzeyde devam ettirmektir.

DÖB'in başta anne ve bebek ölüm oranları olmak üzere anne ve bebek sağlığı ile ilgili değişkenler üzerine önemli etkileri vardır. DÖB almamanın anne ölümleri için önemli bir risk etkeni olduğu bilinmektedir.¹⁻³ DÖB'in kalitesi arttıkça sağlıklı doğum sıklığı artmakta olup⁴ DÖB'in olmaması infant ölümleri için bir risk etkenidir.⁵ Bu nedenle ülkemizde kadın üreme sağlığının gelişmiş ülkeler düzeyine çıkarılabilmesi için DÖB hizmetlerinin nicelik ve niteliğinin artırılması büyük önem taşımaktadır.

DÖB hizmetleri ile ilgili ülkemizi ilgilendiren önemli sorunlar ile çözüm önerileri dokuz ana başlık altında incelenmiştir.

1. DÖB alma oranı istenilen düzeyde değildir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2002 verilerine göre DÖB alma oranı gelişmiş ülkelerde %98, gelişmekte olan ülkelerde %68, dünya genelinde ise %72'dir.⁶ Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması-2003 (TNSA-2003) verilerine göre, araştırmanın yapıldığı tarihten önceki 5 yıl içinde en az bir kez DÖB alan gebelerin oranı %81'dir. Bu oran, TNSA-1993'de %63, TNSA-1998'de ise %68.1, olup doğum öncesi bakım alan gebelerin oranında bir artış olduğu gözlenmektedir (Tablo 1). Son on beş yıl içinde DÖB alma oranında önemli bir artış olmakla birlikte bu artış yeterli değildir. TNSA ile ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda DÖB almayı olumsuz etkileyen etkenler açık olarak ortaya konulmuş olup bunların başında gebenin ve eşinin eğitim düzeyinin düşük olması, kırsal kesimde oturma, Doğu'da yaşama, aşırı doğurganlık, ileri anne yaşı, sosyal güvencesinin olmaması gelmektedir.⁷⁻⁹ Bu nedenle özellikle DÖB almayan gebelerin DÖB almasını sağlamaya yönelik programların hazırlanarak bir an önce uygulamaya konulması gerekmektedir. Bu programlarda DÖB için bir sağlık kuruluşuna başvurmayan gebelerin DÖB hizmeti almalarının sağlanmasında birinci basamak hizmetlerinden etkin olarak yararlanılmalıdır.

2. Gebelerin önemli bir oranı yeterli sayıda DÖB almamaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü, gebelerin en azından dört DÖB almasını tavsiye etmektedir. Sağlık Bakanlığı ise DÖB'a gebeliğin ilk üç ayı içinde başlanılmasını, gebelik süresince en az 6 izlem yapılmasını ve yüksek riskli gebelerde izlem sayısının artırılmasını önermektedir.⁷ Risk etkenlerinin erken teşhisi ve tarama testlerinin etkili yapılabilmesi için ilk muayenenin gebeliğin ilk üç ayı içinde yapılması gerekmektedir.

Bolu İli için saptadığımız DÖB alma oranı %99.3, dört ve üzerinde DÖB alan gebelerin oranı %94.6, ortanca DÖB'a başlanılan ay 2. ay olup istenilen düzeyde olduğu söylenebilir (Tablo 1).

Tablo 1. TNSA-1993, 1998 ve 2003 verilerine göre DÖB alma ile ilgili genel oranlar

	TNSA-1993	TNSA-1998	TNSA-2003	BOLU-2005
DÖB alma oranı (%)	63.0	68.1	80.9	99.3
DÖB sayısı (%)				
Yok	37.0	31.9	18.6	0.7
1-3	26.5	25.1	26.4	4.7
4, +	35.9	42.1	53.9	94.6
Bilinmeyen	0.6	0.8	0.9	
Ortanca DÖB sayısı	4.7	4.2		9
Ortanca DÖB'a başlanılan ay	3.1	3.0	2.8	2

Kaynak: 7,8

TNSA-98 verilerine göre ortanca doğum öncesi takip sayısı 4.2, ortanca doğum öncesi izleme başlama ayı 3. gebelik ayıdır. TNSA-2003 verilerine göre gebelerin %53.9'u gebeliği süresince 4 ve üzerinde muayene olmaktadır ve ortanca DÖB'a başlanılan ay 2.8'dir. Bu sonuçlara göre gebelerin yaklaşık yarısına DÖB esnasında yeterli sayıda muayene yapılmamaktadır (Tablo 1).

Yeterli sayıda DÖB alma durumu yerleşim yerine, bölgelere, gebenin Türkçe konuşabilmesi ile eğitim düzeyine göre önemli farklılıklar göstermektedir. Eğitim düzeyi düşük, kırsal kesimde yaşayan, Türkçe konuşamayan ve Doğu Anadolu'da yaşayanlarda yeterli sayıda DÖB alma oranı daha düşüktür. Dolayısı ile DÖB alma oranını arttırmak için hazırlanacak programda yeterli sayıda DÖB almayı sağlayacak düzenlemenin de yapılmasına ihtiyaç vardır. Özellikle DÖB için bir sağlık kuruluşuna başvurmayan gebelerde DÖB alma oranının artırılmasında olduğu gibi yeterli sayıda DÖB almalarının sağlanmasında da birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkili kullanılması önemlidir.

3. DÖB almada yerleşim yerine ve bölgelere göre önemli farklılıklar bulunmaktadır.

Batı ile karşılaştırıldığında Doğu'da DÖB alma oranları daha düşüktür. TNSA-2003 sonuçlarına göre Batı'da DÖB alma oranı %91.5 iken Doğu'da %61.2'dir. TNSA-1998 ile karşılaştırıldığında TNSA-2003'te DÖB almada en yüksek oranda iyileşme Doğu ve Kuzey'de olmuştur. Doğu'da DÖB alma sıklığı TNSA-1998'da %38.3 iken TNSA-2003'te %61.2'ye Kuzey'de ise %66.0'dan %85.2'ye çıkmıştır. Buna karşılık Batı'daki artış ise %85.5'den %91.5'e olmuştur (Tablo 2).

Tablo 2. Doğum öncesi bakım alma oranlarının bölgelere göre yüzde dağılımı

Bölge	TNSA-1993	TNSA-1998	TNSA-2003
Batı	86.3	86.5	91.5
Güney	74.8	72.9	85.4
Orta	59.7	75.0	83.4
Kuzey	63.2	66.0	85.2
Doğu	34.2	38.3	61.2

Kaynak: 7,8

Doğu'da DÖB alma oranlarının daha düşük olmasında etkili en önemli etken bu bölgede kadınların eğitim ve sosyoekonomik düzeyinin düşük olması olup bu durum da az kalkınmışlık ile ilişkilidir. Bu nedenle esas çözüm uzun vadede bölgenin sosyoekonomik açıdan kalkındırılmasıdır. Ancak kırsalda ve Doğu'da kalkınmışlık düzeyinin artmasına bağlı olarak sosyoekonomik düzey ve gebelerin eğitim düzeyinin yükselip, bunun sonucunda DÖB alma oranlarının artması uzun bir süreci gerektirmektedir. Bu nedenle kalkınmada geri kalmış bölgelerimizde kalkınmayı sağlayacak genel önlemlerin hayata geçirilmesinin yanı sıra DÖB hizmetlerinde

hızlı bir iyileşmenin sağlanabilmesi için özellikle DÖB alma oranı düşük olan kesimleri içine alacak şekilde DÖB almayı arttırmaya yönelik programların hazırlanarak bir an önce uygulamaya konulması gerekmektedir. DÖB almada yerleşim yeri ve bölgeler arasındaki önemli farkta etkili en önemli unsur gebenin eğitim düzeyi olup bu nedenle genç kızların eğitim düzeyinin yükseltilmesi büyük önem taşımaktadır. Bilindiği gibi zorunlu eğitim 1997 yılında 5 yıldan 8 yıla çıkartılmıştır. DPT'nin verilerine göre 2001-2002 yılı itibarı ile kız çocuklarında okullaşma oranı ilköğretimde Türkiye genelinde %93.2 olup bu oran Doğu'da %76.1'de kalmaktadır. Ortaöğretimde ise kız çocukları için Türkiye genelinde okullaşma oranı %34.2 iken Doğu'da %19.4'e inmektedir.¹⁰ Kadının kendi sağlığı ile ilgili konularda söz sahibi olması eğitimin yükseltilmesi ile mümkündür. Bu nedenle önümüzdeki 15-20 yıllık süreçte kadın üreme sağlığı ile ilgili ciddi iyileşmenin sağlanabilmesi için bu günden itibaren genç kızlarımızın tamamına sekiz yıllık zorunlu eğitimin verilmesi için bütün kaynaklar seferber edilmelidir.

4. Verilen DÖB hizmetlerinin kalitesi yeterli değildir

DÖB'da muayene sayısı kadar verilen hizmetin kalitesi de önemlidir. TNSA-1998 verilerinin ileri analizinde, DÖB esnasında tetanoz aşısının yapılma durumu, gebenin kilosunun ölçülmesi, kan basıncının ölçülmesi, kan incelemesi yapılması, bebek kalp atımlarının dinlenmesi ve gebeye demir hapi verilmesi dikkate alınarak DÖB hizmetlerinin kalitesi araştırılmıştır.¹¹ Araştırma öncesi son iki yılı kapsayan bu değerlendirmenin sonuçlarına göre Doğu'da, kırsal kesimde, Türkçe bilmeyen gebelerde, gebe ve/veya eşinin eğitimsiz olduğu durumlarda ve gebenin sosyal güvencesinin bulunmaması halinde verilen DÖB kalitesinin düştüğü saptanmıştır. Ayrıca DÖB'ı yeterli sayıda alma, doktordan alma ve özel sektörden almanın DÖB kalitesinde artış ile birlikte olduğu bildirilmiştir.

TNSA-2003 sonuçlarına göre DÖB esnasında tartılma %75.1, boy ölçülmesi %31.1, kan basıncı ölçülmesi %88.6, kan tahlili %76.9, idrar tahlili %72.6, karın ölçümü 46.3, ultrasonografi yapılma oranı %90.5 olarak verilmiştir (Tablo 3). Bu sonuçlara göre DÖB alan gebelerin dörtte birinde kan, idrar incelemesi, kilo ölçümü; yarısında ise karından gebelik muayenesi yapılmamaktadır. TNSA-2003 sonuçlarına göre ilk gebeliği olanlarda, kentte yaşayanlarda, Batı'da yaşayanlarda ve eğitim düzeyi yüksek olanlarda DÖB esnasında muayene ve testlerin yapılma olasılığı daha yüksektir. Bu sonuçlar DÖB alma sayısına benzer şekilde kalitesinde de bir eksiklik olduğunu göstermektedir.

Bolu İli'nde gerçekleştirdiğimiz çalışmamızda DÖB'ın temel muayene ve tetkiklerinin yapılma oranı %92.3 ile %98.3 arasında olup istenilen düzeylere yakındır.

Tablo 3. DÖB esnasında muayene ve tetkiklerin yapılma yüzdeleri

DÖB esnasında yapılan muayene ve tetkikler	TNSA-2003	BOLU-2005
Tartılma	75.1	98.1
Kan basıncı ölçülmesi	88.6	98.3
Kan tahlili	76.9	97.1
İdrar tahlili	72.6	92.3
Karın ölçümü	46.3	97.1
Ultrasonografi	90.5	97.9

Kaynak: 8

Yeterli sayı ve kalitede DÖB hizmetlerinin verilebilmesi için öncelikli olarak her gebeye en alt düzeyde verilmesi gereken "Temel DÖB'ı" içeren bir kılavuzun hazırlanması gerekmektedir. Takiben amaç her gebeye en azından bu düzeyde DÖB verilmesi olmalıdır. Ayrıca DÖB esnasında yapılacak olan temel muayene ve testlerde bir sorun çıkması veya gebede risk etkeninin bulunması durumunda DÖB'ın hangi düzey sağlık kuruluşunda verilmesi gerektiği açık olarak ortaya konulmalıdır. DÖB esnasında yapılması gereken temel muayene ve tetkikler yapılmadığı veya zamanında ileri bir merkeze yönlendirilmediği için kendisi veya bebeği

zarar gören gebenin hakkını arayabileceği düzenlemelerin de yapılması gerekir. Temel DÖB'in içeriği Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulan Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği, Perinatoloji Derneği, Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği gibi dernekler ile Üniversite ve Eğitim Hastaneleri'nden seçilecek ilgili uzmanlardan oluşturulan bir komisyon tarafından hazırlanabilir.

5. Yüksek riskli gebeler daha az DÖB almaktadır.

DÖB'in amaçlarından birisi aşırı doğurganlık, genç anne yaşı, ileri anne yaşı, istenmeyen gebelik, kısa gebelik aralığı gibi risk etkenlerinin belirlenerek bu gruba giren gebelerin daha yakın izlenmesinin sağlanmasıdır. TNSA-1998 sonuçlarına göre son beş yılda oluşan gebeliklerin %40'ında en az bir risk etkeni bulunmaktadır. Risk grubuna giren gebelerin daha yakın izlenmesi gerekirken TNSA sonuçları, DÖB alma oranı ve kalitesinin düştüğü göstermektedir. TNSA-2003 verilerine göre 20-34 yaş grubunda %17.8 olan DÖB almama oranı 35 yaş ve üstünde %30'a çıkmaktadır. Benzer şekilde ilk gebeliği olanlarda %7 olan DÖB almama oranı 6 ve üstündeki gebeliklerde %51.1'e yükselmektedir. TNSA-1998'in ileri çözümlerine göre doğum aralığı kısa olan gebelerde, istemeden gebe kalanlarda ve akraba evliliklerinde de benzer şekilde DÖB alanların oranı azalmaktadır. Bu konuda toplum gebeliği riskli hale getiren etkenler ile bu durumların varlığında daha sık DÖB gereği konusunda bilinçlendirilmeli, sağlık personeli ise risk etkenlerinin saptanması ve yönetimi konusunda eğitilmelidir.

6. DÖB hizmetlerinin verilmesinde birinci basamak hizmeti veren yerlerin önemi giderek azalmaktadır.

TNSA-1998 verilerine göre gebeler, doğum öncesi bakım hizmetlerinin %40'ını kamuya ait hastane ve temel sağlık hizmeti veren kurumlardan almakta, %60'ına ise bu hizmet özel sektör tarafından verilmektedir. TNSA-1993 verilerine göre gebelerin %46.8'i DÖB'i doktordan aldığını bildirirken bu oran TNSA-1998'de %60.8'e TNSA-2003'te ise %71'e çıkmıştır. Buna karşılık ebe/hemşireden DÖB hizmeti alanların oranı TNSA-1993'de %15.5'den, TNSA-1998'de %6.9'a inmiştir.

Bolu'da, son iki yıl içinde doğum yapan 509 kadın ile yapılan görüşmenin sonuçlarına göre son gebeliğinde DÖB'i en sık ebe/hemşireden aldığını ifade edenlerin oranı %31.2, ikinci sıklıkta aldığını bildiren kadınların oranı ise %36.1'dir. Aynı kadınlardan sondan bir önceki doğumunu 3-7 yıl içinde gerçekleştiren 107 kadında ise bu oranlar sırası ile %38.3 ve %31 bulunmuştur. Bolu'da DÖB alma oranı %99.3, dört ve üzerinde DÖB alma oranı %94.6 olup bu yüksek oranlar, yukarıda görüldüğü gibi birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkili verilmesi ile mümkün olmuştur.

Risk etkeni taşımayan normal gebelerin sağlık ocağı/AÇS merkezleri gibi birinci basamak hizmeti veren yerlerde izlenmesinin iki önemli yararı olacaktır. Bunlar: 1. Mevcut olanaklar kullanılarak, fazla maliyet artışı olmaksızın DÖB alma ve yeterli sayıda alma oranlarının artırılması; 2. İhtiyaç hissetmeme nedeniyle DÖB için sağlık kuruluşuna başvurmayan gebelerin ev ziyaretleri ile DÖB almasının sağlanmasıdır. Özellikle DÖB alma oranlarının düşük olduğu kırsal kesim ile Doğu'da DÖB alma oranı ile DÖB sayısının artırılmasında birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkili kullanımı önemli olup buna yönelik düzenlemelerin yapılması gerekir.

7. DÖB esnasında gebelere gebelik, doğum, doğum sonu dönem, emzirme gibi konularda yeterli bilgilendirme yapılmamaktadır.

DÖB'in istenilen amaca hizmet etmesinde DÖB esnasında gebelere yeterli bilgilendirme yapılması önemlidir. Bolu'da son 2 yıl içinde doğum yapmış 420 olguda gerçekleştirdiğimiz çalışmada kadınlara gebelik ile ilgili 5 soru soruldu. Soruların tamamını olguların ancak %0.5'i doğru yanıtladı. Ortalama doğru yanıt sayısı ise 1.2 bulundu. Gebe iken bilgi edinme ihtiyacı hisseden kadınların oranı %65.5, muayene olduğu sağlık kurumunun dışında bir kaynaktan bilgi edinenlerin oranı ise %82.1 bulundu. Bu sonuçlar gebelerin bilgi düzeyinin yetersiz olduğunu, çoğunluğunun bilgi eksikliğinin farkında olduğunu ve muayene olduğu sağlık kurumunda bunu karşılayamadığı için başka kaynaklara yöneldiğini göstermektedir.

Anne ölümlerinin büyük kısmı doğumda ve doğum sonu dönemde olmaktadır. DÖB esnasında gebelerin, gebelikte önemli yakınmalar ile doğum hakkında bilgilendirilmesi doğum için uygun yerin seçilmesini ve doğumun gerçekleşeceği sağlık kuruluşuna vaktinde başvurulmasını sağlayarak anne ve bebek ölümlerinin

azaltılmasına katkı sağlayabilir. DÖB sırasında gebelerin aile planlaması konusunda bilgilendirilmesi istenmeyen gebeliklerin önlenmesinde etkili olabilir. Benzer şekilde gebelerin beslenme, aşılanma, emzirme, doğum sonu bakım gibi konularda eğitilmeleri hem anne hem de bebek sağlığı üzerine olumlu etki yapacaktır. Gelişmiş ülkelerde anne ve baba için doğum öncesi bilgilendirme ve destek programları DÖB'ın bir parçası olup ülkemizde bazı özel hastane ve eğitim hastanelerinin dışında bu konudaki çalışmalar yetersizdir. Turan ve arkadaşları, gebelere doğum öncesi eğitim verilmesinin emzirmeye erken başlama, bebeğin kontrollere erken getirilmesi ve erkeğin aile planlamasına katılımı konusunda ilerleme sağlayabileceğini bildirmiştir.¹² Yapılan diğer çalışmalarda da doğum öncesi bilgilendirmenin hem anne hem de bebek sağlığı üzerinde olumlu etkilere sahip olduğu gösterilmiştir.¹³⁻¹⁴ Doğum öncesi bilgilendirme ülkemizdeki DÖB'ın en önemli eksikliklerinden biri olup yapılacak tasarımlar ile özellikle yıllık doğum sayısı belli bir sayının üstünde olan hastanelerde gebe bilgilendirme uygulamalarının başlatılması özendirilmelidir.

8. DÖB hizmetlerinin maliyeti giderek artmakta olup kaynaklar etkili olarak kullanılmamaktadır.

Yıllar içinde DÖB alan gebelerin oranı, muayene sayısında artış ile başta kromozom anomali taraması olmak üzere yeni tarama testleri ve uygulamaların kullanılmaya başlanması nedeniyle DÖB'ın ülke genelinde maliyeti giderek artmaktadır. Bolu'da son iki yıl içinde doğum yapan 509 kadın ile görüşülmüş olup bunlarda 107'si bir önceki doğumunu son 3-7 yıl içinde gerçekleştirmişti. İki gebelik arasında geçen sürenin ortalama 38 ay olmasına rağmen önceki gebelik ile karşılaştırıldığında son gebelikte tüm tetkiklerin yapılma oranlarında bir artış olduğu izlenmektedir (Tablo 4). Artış, özellikle son zamanlarda kullanılmaya başlanan ikili test, üçlü test, invaziv girişim, ense ciltaltı kalınlık ölçümü gibi kromozom anomali taraması ve teşhisine yönelik inceleme ve girişimlerde olmuştur. DÖB içinde yer alan kan grubu, kan düzeyi, idrar incelemesi gibi testler ile karşılaştırıldığında kromozom anomali taraması ile ilgili test ve uygulamaların tutarı çok daha yüksek olup yapılma oranlarının giderek artması DÖB'ın ülke genelindeki maliyetinde önemli bir artışa yol açacaktır. Kromozom anomali taraması ile ilgili testlerin etkili kullanılabilmesi için tüm gelişmiş ülkelerde olduğu gibi bir Down sendromu kayıt sisteminin Sağlık Bakanlığı'nca kurulması gerekmektedir. Kayıt merkezinden elde edilecek veriler ile ülkemiz koşulları için en uygun maliyet/etkinlik oranına sahip tarama testlerinin belirlenmesi ve sonuçlarının izlenmesi mümkün olacaktır.

Tablo 4. Bolu'da son iki yıl içinde doğum yapan kadınlar ile aynı kadınlardan sondan bir önceki gebeliğini 3-7 yıl içinde gerçekleştirenlerin, gebeliklerinde aldıkları DÖB esnasında yapılan bazı inceleme ve girişimlerin yapılma yüzdeleri.

Yapılan incelemelerin yüzdesi	3-7 yıl içinde doğum ile sonlanan gebelikler (107 olgu)	Son iki yıl içinde doğum ile sonlanan gebelikler (509 olgu)
Kan düzeyi	83.0	97.0
İdrar testi	85.0	92.3
Kan biyokimyası	54.2	72.9
Ense ciltaltı kalınlık ölçümü	3.7	17.0
Ayrıntılı ultrasonografi	5.6	25.7
Doppler	2.8	12.9
İkili test	-	13.0
Üçlü test	5.6	30.9
İnvaziv girişim	0.9	3.4
Ortalama ultrasonografi sayısı	4.25	4.87

Ülkemizde sağlık hizmetlerinde kullanılan tetkiklerin tam bir serbesti içinde yapılması bazı istisnaları da beraberinde getirmektedir. Aynı tetkiklerin, kısa bir zaman aralığı içinde, özellikle farklı sağlık kuruluşlarında tekrarlandığına ve incelemelerin yapılması için tıbbi gerek olup olmadığına fazla özen gösterilmediğine sıklıkla rastlanmaktadır. Sağlığa ayrılan kısıtlı kaynakların en verimli bir şekilde kullanılabilmesi için ilahta olduğu gibi tetkiklerde de bazı kısıtlama ve kontrol mekanizmalarının harekete geçirilmesi kaçınılmaz görünmektedir.

9. DÖB’da hizmetin sunuş şeklinden kaynaklanan sorunlar bulunmaktadır

DÖB kapsamında yapılan muayene ve incelemeler kadar hizmetin sunuş şekli de önemlidir. Hizmetin sunuş şeklinde ortaya çıkan sorunlar ve olumsuzluklar DÖB gibi genellikle bir tıbbi zorunluluk olmaksızın sağlık kuruluşuna gitmeyi gerektiren durumlarda doğal olarak bu hizmeti talep etme oranında düşmeye neden olacaktır. Bolu’da gerçekleştirdiğimiz çalışmada DÖB ile ilgili gebe memnuniyetinin DÖB’ın kim tarafından, nerede verildiği veya hangi tetkik ve muayeneleri içerdiğinden ziyade DÖB sayısı ve verilen hizmetin sunuş şekli ile ilişkili olduğunu saptadık. Görüşülen kadınların yarısı (%49.6) DÖB esnasında maddi veya hizmetin sunumu ile ilgili sorun yaşadıklarını bildirdi ve DÖB esnasında sorun yaşama oranı gebe memnuniyeti düşük olan kadınlarda anlamlı olarak yüksek bulundu (%42.4’e karşılık %83.8). En sık bildirilen sorunlar muayene için uzun süre bekleme, tetkikler için ileri tarihe gün verilmesi, sağlık personeli ilgilendiren olumsuzluklar ve istediği sağlık kuruluşunda muayene olamama idi. Bunlardan istediği sağlık kuruluşunda muayene olamama yapılan son düzenlemeler ile çözümlenmiş görünmektedir. Diğer olumsuzlukların çözümlenmesi için de hem Sağlık Bakanlığı aracılığı ile ülke genelinde hem de her bir sağlık kuruluşunun kendi bünyesinde gerçekleştireceği düzenlemelere ihtiyaç bulunmaktadır.

Kaynaklar

1. Bhatia JC. Levels and causes of maternal mortality in Southern India. *Studies in Family Planning* 1993, 24: 310-18.
2. Garenne M, Mbaye K, Bah MD, Correa P. Risk factors for maternal mortality: a case control study in Dakar hospitals (Senegal). *African Journal of Reproductive Health* 1997; 1: 14-24.
3. Mbizvo MT, Fawcus S, Lindmark G, Nyström L and the Maternal Mortality Study Group. Operational factors of maternal mortality in Zimbabwe. *Health Policy and Planning* 1993; 8: 369-78.
4. Bloom SS, Lippeveld T, Wypij D. Does antenatal care make a difference to safe delivery? A study in urban Uttar Pradesh, India. *Health Policy and Planning* 1999; 14(1): 38-48.
5. Vintzileos A, Ananth CV, Smulian JC, Scorza WE, Knuppel RA. The impact of prenatal care on postneonatal deaths in the presence and absence of antenatal high-risk conditions. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 187(5): 1258-62.
6. UNICEF/WHO. Antenatal Care in Developing Countries Promises, achievements and missed opportunities. An analysis of trends, levels and differentials, 1990-2001.
7. 1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, HÜNEE, Ekim 1999, ANKARA.
8. 2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, HÜNEE, 2003, ANKARA.
9. Bozkurt Aİ, Şahinöz S, Özçırpıcı B, Özgür S. Gaziantep’te sağlık ocaklarına herhangi bir nedenle başvuran 15-49 yaş evli kadınların doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakım alma durumunun ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Erciyes Tıp Dergisi* 2001; 23 (2): 59-67.
10. DİE/MEB. <http://www.dpt.gov.tr/bgyu/>.
11. Şevkat Bahar Özvarış and Ayşe Akın. 2002. "Utilization of Antenatal Care Services in Turkey." In *Contraception, Abortion and Maternal Health Services in Turkey: Results of Further Analysis of 1998 Turkish Demographic and Health Survey*. Ed. A. Akın. Hacettepe University, TFHP Foundation, and UNFPA.
12. Turan JM, Say L. Community-based antenatal education in İstanbul, Turkey: effects on health behaviours. *Health Policy and Planning* 2003; 18 (4): 391-398.
13. Oakley A, Hickey D, Rajan L, Rigby AS. Social support in pregnancy: Does it have long-term effects? *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 1996; 14: 7-22.
14. Spinelli A, Baglio G, Donati S, Grandolfo ME, Osborn J. Do antenatal classes benefit the mother and her baby? *J Matern Fetal Neonatal Med* 2003; 13(2). 94-101.